第１２号様式（第９条関係）

# 介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

白河市長

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　月　日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 介護保険被保険者番号 | | | 個人番号 | | | |
| | 医療保険 保険者名 | | | 保険者番号 | | | |
| | 医療保険 被保険者記号・番号 | 記号 | | 番号 | | 枝番 | |
| | フリガナ / 氏名 | | | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| | | | | 性別 | | | |
| | 住所 | 〒<br>電話番号 | | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分　１　２　３　４　５　　要支援状態区分１　２ | | | | | |
| | | 有効期間　　年　月　日から　　年　月　日まで | | | | | |
| | 変更申請の理由 | | | | | | |
| | 過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無 | 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間　年　月　日～　年　月　日 | | | | |
| | | 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間　年　月　日～　年　月　日 | | | | |
| | 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間　年　月　日～　年　月　日 | | | | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間　年　月　日～　年　月　日 | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 提出代行者 | 名称 | 該当に○　（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） |
| | 住所 | 〒<br>電話番号 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒<br>電話番号 | | |

第二号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入

| | |
|---|---|
| 特定疾病名 | |

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、白河市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆　以下に記入してください。

１、入院中の方についてうかがいます。

**①　入院理由を記入してください。**　〔　病棟名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　〕

病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病状：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**②　現在、どのような治療を受けていますか。**（　点滴・酸素吸入・経管栄養・リハビリ　その他（　　）　）

**③　退院の予定はいつ頃ですか。**　〔　＿＿＿月＿＿＿日頃　・　未定　〕

**④　現在の病院を退院された後はどのように考えていますか？**

〔　在宅・病院・施設・その他（　　）〕

**２、認定調査は、ご家族様の同席のもと、平日の日中に自宅で行います。**

**◇ 日中に必ず連絡の取れる連絡先をご記入ください。（同席する方の携帯電話番号等）**

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄（　　）

**◇　調査を希望する時間帯はいつですか。**（※病院での調査は原則として午後2時以降となります。）

〔　午前　・　午後　・　どちらでも良い　〕

※認定調査は自宅で行いますが、退院後すぐに介護サービスを利用する場合に関しては、入院中に調査を行うことが可能です。ただし、入院中の調査を行う場合は病状が安定してからの実施となります。なお、病院での調査は午後2時以降となります。

**※申請日から１０日以上経っても市役所から連絡がない場合は、市役所高齢福祉課介護保険係までご連絡ください。（℡　０２４８－２８－５５１８（直通））**

受付者氏名（　　）